FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Arthur de Azevedo

THESE

DISSERTAÇÃO

SCIENCIAS CIRURGICAS

PRIMEIRO PONTO

DOS POLYPOS NASO-PHARYNGEANOS

PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

SECÇÃO ACCESSORIA — Respiração vegetal

TERCEIRO PONTO

SECÇÃO CIRURGICA — Indicações do forceps e da versão podalica

QUARTO PONTO

SECÇÃO MEDICA — Diagnostico differencial entre as molestias do estomago

---

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 29 DE SETEMBRO DE 1875

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

EM 17 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

PELO

Dr. Arthur Jeronymo de Souza Azevedo

Formado em Medicina pela mesma Faculdade

FILHO LEGITIMO DE

MANOEL ARTHUR CESAR AZEVEDO

E DE

D. JERONYMA ADELAIDE DOS SANTOS AZEVEDO

NATURAL DO MARANHÃO

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE E. & H. LAEMMERT

1875

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS.

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Doutores:

PRIMEIRO ANNO

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas. (1ª cadeira). Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle . . . . (2ª »). Chimica e Mineralogia.
. . . . (3ª »). Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá . . . . (1ª cadeira). Botanica e Zoologia.
Domingos José Freire Junior . . . . (2ª »). Chimica organica.
Francisco Pinheiro Guimarães . . . . (3ª »). Physiologia.
. . . . (4ª »). Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães . . . . (1ª cadeira). Physiologia.
Conselheiro Antonio Teixeira da Rocha. (2ª »). Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz . . . (3ª »). Pathologia geral.
Vicente Candido Figueira de Saboia (Exam.) (4ª »). Clinica interna (5º e 6º anno).

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França (Presidente) . . (1ª cadeira). Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva . . . (2ª »). Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior . . . . . (3ª »). Partos, molestias de mulheres pejadas e paridas e de recem-nascidos.
Vicente Candido Figueira de Saboia. . . (4ª »). Clinica externa (3º e 4º anno).

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva . . . (1ª cadeira). Pathologia interna.
Francisco Praxedes de Andrade Pertence. (2ª »). Anatomia topographica, medicina operatoria e apparelhos.
Albino Rodrigues de Alvarenga . . . . (3ª »). Materia medica e therapeutica.
João Vicente Torres-Homem . . . . (4ª »). Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa. . . . (1ª cadeira). Hygiene e historia da Medicina.
Barão de Theresopolis. . . . . . . (2ª »). Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos . . . . . (3ª »). Pharmacia.
João Vicente Torres-Homem. . . . . (4ª »). Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Agostinho José de Souza Lima . . . .
Benjamin Franklin Ramiz Galvão . . . . . .
João Joaquim Pizarro (Examinador) . . . . . Secção de Sciencias Accessorias.
João Martins Teixeira . . . .
Augusto Ferreira dos Santos (Examinador) . . .

Luiz Pientzenauer (Examinador) . . . . . .
Claudio Velho da Motta Maia. . . . . . .
José Pereira Guimarães. . . . . Secção de Sciencias Cirurgicas.
Pedro Affonso de Carvalho Franco. . . . . .
Antonio Caetano de Almeida . . . .

José Joaquim da Silva . . . .
João José da Silva . . . .
João Baptista Kossuth Vinelli . . . . Secção de Sciencias Medicas.
. . . .
. . . .

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

Á MEMORIA DE MEUS AVÓS.

Respeito profundo !

Á MEMORIA INDELEVEL DE MINHA MÃI

Se lá, na mansão serena dos justos, póde penetrar um reflexo pallido das illusões da vida, recebei os votos de minha santa adoração !

Á MEMORIA DE MINHA TIA

A EXMA. SRA.

D. Anna Augusta dos Santos Azevedo

Eterna veneração !

Á MEMORIA DE MEU TIO E PADRINHO

O ILLM. SR.

DR. BENTO JOSÉ DE SOUZA AZEVEDO

A morte vos ceifou bem cedo ! O tufão não pôde, comtudo, apagar os vestigios dos muitos beneficios que praticastes !

Á MEMORIA DA MINHA MADRASTA

A EXMA. SRA.

D. MARIA LUIZA PESSOA DE MELLO AZEVEDO

A vossa lembrança querida permanecerá immorredoura em meu espirito !

A MEU PAI E MELHOR AMIGO

O ILLM. SR.

MANOEL ARTHUR CESAR AZEVEDO

O que sou a vós o devo. Os vossos esforços herculeos, os vossos conselhos sempre sabios, deviam ter-me feito subir bem alto; não o conseguio talvez a vossa tanta dedicação; sou eu o unico culpado. Em terreno ingrato jámais germinaram as boas sementes; é isso um facto natural.

Ingentes abalos soffre ás vezes o coração do homem. O dia de hoje é para mim de grandes commoções. O primeiro nome que meu coração bafeja, que minha gratidão oscula, que meus labios tremulos murmuram, que meus olhos, marejados de lagrimas, vêm por toda parte e em tudo, é o vosso nome!

E assim devia ser: o author de meus dias, fostes vós tambem, incansavel athleta, o unico author de minha posição social.

Tendes sacrificado sempre o vosso bem-estar ao bem-estar da humanidade; tendes sido um verdadeiro Apostolo dos desvalidos:

Possa eu sempre imitar-vos na terra em vossa virtude, em vossa nobreza e magnanimitude raras, pois o Céu abençoará a vida que fôr uma miragem da vossa vida!

Á MINHA IDOLATRADA IRMÃ

A EXMA. SRA.

D. GUILHERMINA AUGUSTA DE SOUZA AZEVEDO

Irmã! Que torvelinho de recordações é esse que me cerca o horizonte de irisadas nuvens?... Quanto sonho querido!... Quanto passado risonho!... Quanta saudade amarga!... Oh! Tu bem avalias das minhas emoções de hoje! Soffrer é a voz da humanidade!... Hoje, quem nos déra redivivo o passado!... O meu futuro, cara irmã, se prospero fôr, eu o deponho a teus pés!

Á MINHA ADORADA ESPOSA

A EXMA. SRA.

D. MARIA ANTONIETTA VILHENA DE AZEVEDO

Companheira de meus constantes pezares e de minhas raras alegrias, eu vos consagro minha these, como tributo de amizade sincera e immorredoura.

E á sua Exma. Familia

Consideração e amizade.

AO MEU INNOCENTE FILHINHO

Muito amor.

A MEUS RESPEITAVEIS TIOS

OS ILLMS. SRS.

ANTONIO JOSÉ DE SOUZA AZEVEDO

JOSÉ MARIA DE SOUZA AZEVEDO

E ás Exmas. Sras.

D. JOANNA DE SOUZA AZEVEDO

D. CANDIDA DE SOUZA AZEVEDO

D. THEREZA DE SOUZA AZEVEDO

D. ANNA EMILIA DE JESUS SANTOS

Respeito, consideração e estima.

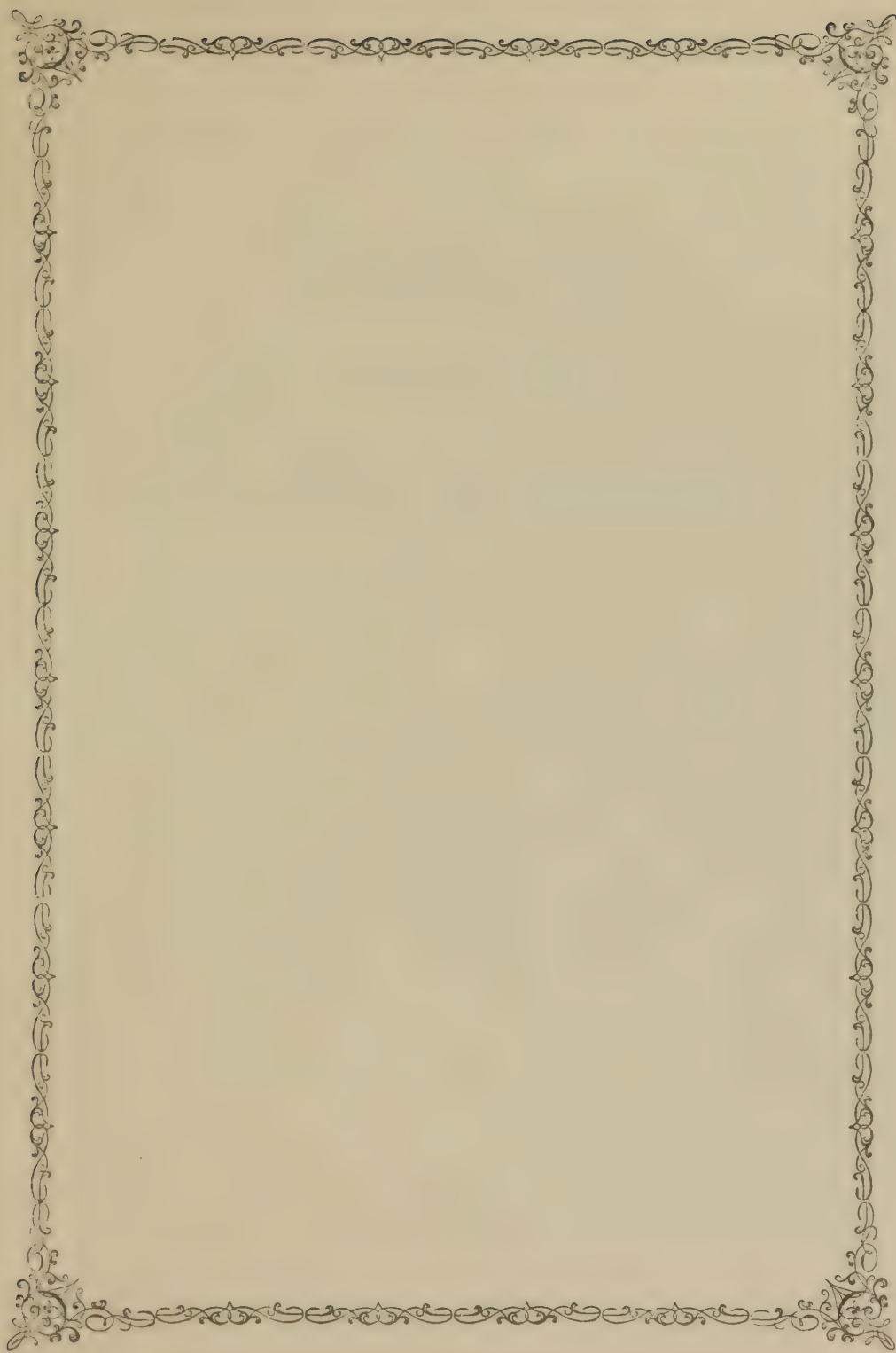
AOS MEUS AMIGOS

Cordialidade.

AOS MEUS COLLEGAS

Saudades.

AOS DOUTORANDOS DE 1876

Venturas.

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRO PONTO

Dos polypos naso-pharyngeanos

> Alors commence pour vous ce sacerdoce que vous honorerez et qui vous honorera ; alors commence cette carrière de sacrifices, dans laquelle vos jours, vos nuits sont désormais le patrimoine des malades. Il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude ; il faut renoncer aux douces joies de la famille, au repos si cher après la fatigue d'une vie laborieuse ; il faut savoir affronter des dégoûts, les déboires, les dangers ; il faut ne pas reculer devant la mort, quand elle vous menace.
>
> TROUSSEAU. —*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.*

INTRODUCÇÃO.

Lex jubet et legi parere debemus.

Sem pretenções á gloria, pois que essa nuvem dourada é o apanagio só de talentos robustos, eu escrevo esta these modesta em cumprimento, apenas, de um dever, a que sou obrigado por lei.

O meu escripto nada tem de novo; o que n'elle digo é do dominio geral; ninguem o procurará, é certo, para instruir-se na leitura d'elle.

Não entro em investigações historicas acerca do ponto que escolhi.

Coeva da humanidade, a molestia não tem outro berço infantil que não seja o despontar do homem na superficie do globo.

É tão difficil dizer-se qual o primeiro estado morbido que affligiu a nossa ascendencia, como é difficil affirmar-se que tal ou tal molestia não existiu nos priscos tempos.

E quando os elementos necessarios a uma manifestação morbida acompanham o individuo desde o nascimento d'elle, não repugna

ao espirito acreditar que essa molestia podesse ter sido das primeiras a torturar o homem.

Assim, a existencia dos polypos naso-pharyngeanos é reconhecida por vetustos escriptores.

Não seguirei *pari passu* esta molestia em seu desenvolvimento no perpassar dos tempos.

A historia d'esta affecção não desperta o interesse do medico, senão depois dos progressos que a sciencia tem feito em pathologia, anatomia e medicina operatoria.

N'este terreno moderno é que a fui buscar; ahi procurei estuda-la á luz pallida de minha intelligencia inculta.

Quanto coube em minhas debeis forças, estudei o importante assumpto, que faz objecto de minha humilde These, e é o esteril resultado de meus estudos — teratologico fructo de estiolado arbusto — que ahi apresento, submisso, ás iracundias de uns, ao rigor de outros, á indifferença de todos.

Fallecem-me os melhores dotes do espirito, e, pois, invoco a benevolencia dos illustrados juizes.

DISSERTAÇÃO

> On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquèrir de la gloire ou par motif d' intérêt, mais un homme qui n'a écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a, sans doute, de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.
>
> (La Bruyére).

I

As producções morbidas conhecidas na sciencia com o nome de polypos naso-pharyngeanos, são tumôres, algumas vezes mucosos, ordinariamente fibrosos, pediculados ou sesseis, que se desenvolvem na parte superior do pharynge e posterior das fossas nasaes.

Evitando entrar na discussão improficua das diversas variedades de polypos reconhecidas pelo immortal Hippocrates, por Celso, por Ambrosio Paré e por toda essa longa serie de seculos que constituem a bruma do passado,—eu não me olvido de que estes tumores têm sido hodiernamente classificados de myxomas e de fibromas.

Porem, o polypo que occupa simultaneamente as duas cavidades —nasal e pharyngeana—, facto este que lhe vale o nome, é, na grande maioria dos casos, de estructura fibrosa.

Não é estranho ao meu conhecimento que a palavra polypo traz á mente a idéa de um tumor sempre pediculado, desenvolvido em uma cavidade mucosa e fazendo proeminencia em seu interior.

E si digo que os polypos naso-pharyngeanos são pediculados ou sesseis, é porque ha registrados nos fastos da sciencia casos inconcussos de polypos naso-pharyngeanos, cujo pediculo por tal modo se expande que, com a fórma, deve perder o nome.

Os pontos de inserção do pediculo que mais vezes têm sido reconhecidos e verificados por muitos autores são: a apophyse basilar do occipital e a parte do esphenoide que com este osso se articula.

II

Anatomia Pathologica

Ninguem é original na exposição da anatomia pathologica de uma molestia; não podendo inventar, ha de cingir-se ao que dão os autores, sob pena de ser inexacto.

(Dr. Pertence) (*)

De fórma e volume muito variaveis, os polypos naso-pharyngeanos apresentam uma consistencia dura e resistente, semelhante á cartilagem.

Quasi sempre solitarios, revestidos pela membrana mucosa, que lhes adhere intimamente, exhibem uma superficie lisa, polida e rosea, em consequencia dos vasos que ella contem.

A massa polyposa, submettida ao escalpello, range, e sua secção offerece uma superficie lisa, e algumas vezes desigual, de còr amarellada ou cizenta.

O contacto do fogo ou dos acidos enruga-lhe o tecido, que é duro, espesso e opaco.

Oriundos de uma hypertrophia do periosteo, são histologicamente constituidos pelos mesmos elementos anatomicos, differindo apenas a disposição das fibras.

Com effeito, no periosteo as fibras se cruzam em todas as direcções, ao passo que nos polypos ellas são parallelamente dispostas e em feixes, que se implantam perpendicularmente aos pontos de inserção.

(*) Palavras proferidas na arguição de these, no concurso do Dr. João Silva, e citadas pelo Dr. Miranda Azevedo, em sua these inaugural, 1875.

Estas fibras são muito approximadas, intimamente ligadas umas ás outras em pequenos feixes tendo de largura de 6 a 10 millesimos de millimetro, e são de aspecto homogeneo. Entre estes feixes ha cellulas plasmaticas de prolongamentos estrellados. Estes polypos offerecem pequena quantidade de fibras elasticas, não muito ramificadas, e ausencia completa de fibras musculares lisas.

O numero dos vasos é pouco consideravel no centro d'estes tumores, onde algumas vezes se encontra kystos serosos. A superficie d'elles é sulcada por grande quantidade de vasos capillares, e o pediculo muitas vezes apresenta vasos assaz volumosos. (*)

Assumpto que tem provocado discussões numerosas e que ainda hoje mantem em desacôrdo cirurgiões distinctos, é o ponto de inserção dos polypos naso-pharyngeanos.

O Sr. Robert admitte as implantações d'estes tumores na base do craneo, nas azas do esphenoide, na sutura petro-occipital e na face anterior das vertebras cervicaes.

Para o Sr. Michaux as implantações mais ordinarias são na abobada do pharynge, podendo dar-se tambem na parte posterior das fossas nasaes, na face inferior do rochedo atraz da trompa de Eustachio, nos seios esphenoidaes e nas primeiras vertebras cervicaes.

A opinião do Sr. Gosselin é que esses polypos se inserem : 1°, nas fossas nasaes (na parte mais posterior da lamina crivada do ethmoide ou das cornetas); 2°, no orificio posterior das fossas nasaes, isto é, na aza interna das apophyses pterygoides (implantação lateral externa), ou no bordo posterior do septo nasal (implantação lateral interna), na face inferior do corpo do esphenoide e na aza do vomer (implantação superior); 3°, no pharynge, na apophyse

---

(*) Diz Brevet (These de Pariz, 1855) : O exame microscopico demonstrou em um polypo fibroso o seguinte : Sobre a mucosa, cellulas de epithelio pavimentoso ; no interior, trama fibroso compacto, no meio do qual não se distinguia nenhum elemento glandular ; corpos fusiformes fibro-plasticos, com nucleos e nucleolos ; tecido fibroso em fórma de *esteira* ; tecido cellular em pequena proporção.

basilar do occipital e no esphenoide (implantação superior ou na base do craneo), nas primeiras vertebras cervicaes, (implantação posterior), na trompa de Eustachio e na mucosa das partes lateraes (implantação lateral); 4°, emfim, reconhece Gosselin inserções multiplas.

O Sr. Nélaton demonstrou que o erro era dos mais faceis, porque quando se examina um individuo, tendo a cabeça na extensão e a bocca aberta, o dedo que passa pelo isthmo da garganta attinge, quando muito, o atlas e a apophyse odontoide do axis, e si se leva o dedo um pouco mais ácima por detraz do véo do paladar, toca-se a apophyse basilar. Assim pois, quando se tinha diagnosticado a posição do polypo no vivo, o cirurgião acreditava ter seu dedo explorador muito mais baixo do que realmente o tinha.

D'ahi o erro.

Em additamento a estas considerações, deve o cirurgião ter presente em seu espirito que, alem da implantação primitiva e real, ha adherencias consecutivas, isto é, adherencias que se produzem durante a evolução dos polypos, e que não devem ser confundidas com as inserções verdadeiras.

Para o Sr. Nélaton, pois, a inserção dos polypos naso-pharyngeanos é sempre craneana ou basilar, e esta tendencia á simplificação ainda é mais manifesta nos trabalhos dos Srs. d'Ornellas e Robin Massé, que limitam ao occipital e ás vizinhanças da fossa pterygoide a séde d'estes tumores, no espaço comprehendido, de um lado—entre a parte posterior da articulação esphenoidal do vomer e as inserções do musculo grande recto anterior da cabeça—e do outro lado, de uma fossa pterygoidéa á outra.

Não se deve ser tão exclusivo como a escola do Sr. Nélaton, não só porque a verdade é pouco amiga dos extremos, mas porque autoridades respeitaveis attestam a existencia de polypos inserindo-se em pontos differentes dos assignalados por aquella escola.

Seriam, como muito bem pergunta o Sr. Follin, todas essas varias inserções o resultado de adherencias secundarias?

Sendo uma supposição a converter em realidade, sendo uma hypothese meramente possivel, é, entretanto, um facto que não está demonstrado. E o Sr. Michaux provou que essas *pseudo-implantações* eram muitas vezes mais difficeis de extirpar do que a *implantação primitiva*.

O que parece ser mais consentaneo com o estado actual da sciencia é que os polypos naso-pharyngeanos se desenvolvem mais frequentemente na apophyse basilar, na vizinhança do buraco despedaçado posterior e nas apophyses pterygoides (o que se explica, como o demonstrou Lorain (*), pela existencia n'este ponto (apophyse basilar) de uma dilatação normal da fibro-mucosa, com predominancia do tecido fibroso e ausencia quasi completa de fibras elasticas).

Não ha inferir, porém, que os polypos naso-pharyngeanos não possam, de um modo excepcional, desenvolver-se em qualquer outro ponto da base do craneo.

Estes tumores, posto que de marcha lenta, têm comtudo um desenvolvimento gradual e progressivo, e n'este gradativo progredir chegam a fazer saliencia em todas as cavidades da face e a occasionar varios phenomenos, segundo a cavidade invadida.

Como todos os tumores, podem os polypos naso-pharyngeanos passar por diversas phases de evolução regressiva.

Em geral, porém, soffrem pouca alteração; o que mais frequentemente se tem visto é a degenerescencia gordurosa parcial, e principalmente a incrustação calcarea limitada.

(*) Bull. de la Soc. de Chir. — 1860 p. 260 — Citado por Follin.

III

Etiologia

Felix qui potuit rerum cognoscere causas.

Todas as vezes que a etiologia de uma affecção é obscura, são invocadas para sua explicação innumeras circumstancias, que raramente satisfazem ao espirito.

Theorias muitas vezes extravagantes, circumstancias meramente fortuitas, simples coincidencias têm frequentemente servido para explicar o desenvolvimento de uma molestia, encobrindo assim mais ou menos a ignorancia de sua verdadeira causa.

Dá-se isto com os polypos naso-pharyngeanos ; e senão vejamos :

Gui de Chauliac dizia que a *carne superflua* das narinas sobrevinha em consequencia de molestias catarrhaes.

Ambrozio Paré accusava um *sangue phlegmatico* como agente productivo de polypos molles, e achava em um *sangue melancolico* a causa dos polypos resistentes.

Levret dizia : « Procurar adivinhar as causas occultas d'estas molestias seria deixar-se seduzir pelo falso brilho de uma vã especulação, quasi sempre despida de provas. » Pois bem, Levret, que assim se exprime, attribue a producção das massas fibrosas a uma plethora local com dilatação dos vasos capillares, seguida do espessamento de suas paredes, por excesso de nutrição, e obliteração successiva da maior parte d'elles, por compressão reciproca. E, para explicar as demais variedades de polypos, auxilia-se de outras

theorias, firmando-se no espessamento da lympha plastica ou na obstrucção de cryptos mucosos, intumecidos por succos superabundantes.

As theorias de Walther e de Hunter são igualmente inacceitaveis.

Tem-se, outrosim, invocado como causa d'esta molestia as contusões, os corpos estranhos, as quédas sobre a cabeça, o temperamento lymphatico, os engurgitamentos agudos ou chronicos da parte, as affecções dos ossos, o escorbuto, a syphilis, as escrophulas, etc.

Haverá em todas estas causas invocadas uma coincidenaia accidental, ou uma coincidencia de causalidade?

De resto, outros appellam para as privações, má alimentação e conseguintemente má nutrição; appellam, emfim, para as más condições hygienicas, que cercam o individuo.

Porém, a causa efficiente d'esta molestia ainda escapa aos nossos conhecimentos, porquanto, as mais das vezes, sobrevem sem que se lhe possa assignar uma causa qualquer, e o doente vem a aperceber-se da existencia do mal que o afflige, em uma época muito afastada já do seu comêço.

Parece demonstrado apenas que as primeiras idades da vida, isto é, o periodo da existencia comprehendido entre a infancia e a virilidade, estam mais predispostas ao desenvolvimento da molestia.

Quasi que absolutamente não se encontra esta affecção depois dos trinta annos, sendo frequente de modo notavel dos quinze aos vinte.

O sexo masculino apresenta-se nas estatisticas attestando a insolita predilecção que por elle tem esta molestia; póde-se mesmo dizer que o unico sexo sujeito a ella é o masculino.

De sorte que as primeiras idades da vida e o sexo masculino são o campo em que exercem suas devastações os polypos naso-pharyngeanos; ao menos as observações consignadas na sciencia autorisam a pensar d'este modo.

As excepções d'esta regra são tão raras, que devem ser antes levadas á conta de erros de diagnostico.

Ha nos annaes da Cirurgia um caso de uma senhora de cincoenta e cinco annos accommettida de polypo naso-pharyngeano — verdadeira excepção, como idade e como sexo.

IV

Symptomatologia

Observe, devine, et dis la signification de ce que tu touches, de ce que tu sens, de ce que tu vois et de ce que tu entends.

BOUCHUT. (*Path. Génér le.*)

Os symptomas são a luz do diagnostico.

O individuo accommettido de polypo naso-pharyngeano algum tempo vive descuidoso do inimigo voraz que o acompanha, sem suspeital-o sequer.

As molestias mais graves são exactamente aquellas que insidiosamente começam e que só se revelam quando o descalabro já vai adiantado: são como o incendio que dormita e que só se ostenta quando tudo é ruinas.

A esse tempo, embalde acudirão pressurosos os recursos da arte; embalde se esforçará a intelligencia do medico em accurado labor: exhaustas as fontes da vida, a machina, que ella animava, lá baqueia e desfaz-se a confundir-se no immenso nada!

Emquanto, porém, não tem lugar esta terminação, eis os phenomenos que despertam a attenção do doente e reclamam os cuidados do medico:

Cephalalgia mais ou menos intensa e localisada muitas vezes em um só ponto, corysa e necessidade de assoar-se frequentemente, epistaxis mais ou menos reiteradas, difficuldade na respiração, obrigando o doente a dormir com a bocca aberta. Taes são os primeiros symptomas.

O olhar penetrante do medico não tarda a descobrir, pelas narinas ou pela bocca, a existencia de uma substancia lisa, rosea e polida, dura, resistente e sangrando ás vezes ao tocar: é o polypo.

Um corrimento mucoso ao principio e depois purulento tem lugar, de um modo quasi continuo, pelas fossas nazaes.

Dyspnéa mais ou menos intensa, alteração da voz, difficuldade na deglutição, nauseas e mesmo vomitos, pela titilação do véo do paladar exercida pelo tumor, refluxo, pelo nariz, dos liquidos ingeridos, são outros tantos symptomas que acompanham a evolução da molestia, em um periodo mais adiantado.

Á proporção que o polypo se vai desenvolvendo, invade as cavidades que vai attingindo, para accommodar o seu maior volume; então tem lugar a compressão de diversos nervos, e, como consequencia, ha nevralgias e varias perturbações nos sentidos.

Assim, a compressão das trompas de Eustachio, estabelecendo desequilibrio de pressão atmospherica na orelha externa e na orelha media, dá lugar na orelha interna á compressão das radiculas do nervo acustico: manifesta-se d'este modo zunido e depois surdez, que é quasi sempre acompanhada de corrimento purulento pelo ouvido.

O paladar e o olfacto soffrem modificações, embotam-se e terminam muitas vezes por completo aniquilamento.

A epiphora é o resultado da compressão do canal nazal; as alterações da visão notam-se muitas vezes, desde a diplopia até á cegueira; a exophthalmia é a consequencia da penetração do polypo na cavidade orbitaria. Observa-se a occlusão incompleta das palpebras, conjunctivites, nevralgias rebeldes.

Si a penetração do tumor se faz para a cavidade do craneo, póde haver phenomenos cerebraes graves,—torpor, coma e morte; outras vezes, no ultimo periodo, symptomas de encephalite se declaram. O que, porém, se observa mais vezes é a ausencia de phenomenos cerebraes, e a explicação d'este facto é physiologica.

Com effeito, os orgãos se habituam ás pressões pequeninas e lentas; e, a compressão do polypo sobre a massa encephalica exercendo-se gradual e lentamente, o cerebro, *pari passu*, habitua-se ás modificações minimas por que vai passando; cede, por assim dizer, o direito de domicilio a esse hospede ingrato que ahi veio installar-se.

O desenvolvimento incessantemente progressivo do tumor o faz penetrar em todas as cavidades da face. O crescimento do polypo vai por diante, e, na carencia de espaço, afasta as peças osseas e deforma completamente o rosto: eis a razão por que esta phase ultima da molestia é chamada — phase de deformação.

V

Diagnostico

> Sans un diagnostic exact et précis la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle.
>
> (Louis. *Memoire sur les tumeurs de la dure-mère*).

Em geral o diagnostico da molestia de que me occupo não é revestido de grandes difficuldades. Entretanto, nos primeiros tempos de seu desenvolvimento póde o medico acreditar na existencia de uma corysa simples.

Mais tarde, porém, quando o polypo já fôr eaccessivel á vista ao dedo investigador, nenhuma duvida póde pairar no espirito do pratico, a respeito da existencia de um tumor.

Ainda haverá, todavia, incertezas quanto á natureza da molestia, incertezas que dissipar-se-hão ante a luz da intelligencia reflectida e da observação attenta, ou que persistirão até o momento da autopsia, como tem acontecido em alguns casos excepcionaes.

Não seria facil confundir um polypo naso-pharyngeano com um kysto, nem com a hypertrophia da mucosa, nem com um abcesso retro-pharyngeano, nem com massas tuberculosas— como observou Marjolin ; aliás a rhinoscopia viria esclarecer o diagnostico.

Cruveilhier cita o facto de uma hernia do cerebro e suas meningeas atravez do ethmoide, simulando um polypo. Este facto tambem não podia resistir a um exame minucioso e attento.

Seria mais admissivel a confusão entre os polypos naso-pharyngeanos e os polypos mucosos das fossas nasaes ; todavia, entre estas

duas especies de polypos, são caracteres discriminativos a séde, o modo de implantação, a coloração, a consistencia, etc.

O diagnostico, porém, póde tornar-se mais difficil pela coexistencia das duas especies.

Si os caracteres do polypo o approximarem do cancro, irá o medico buscar dados differenciaes no sexo do individuo, na sua idade, na consistencia do tumor, na presença ou ausencia de engurgitamento ganglionario, e finalmente na marcha da molestia.

Com effeito, si o cancro accommette indifferentemente a qualquer dos sexos, não acontece assim com o polypo, que apresentando, como já fiz vêr, uma notavel predilecção pelo sexo masculino, só excepcionalmente se manifestará no outro sexo ; o cancro é uma molestia peculiar ás idades mais ou menos avançadas no estadio da vida, ao passo que o polypo é proprio das primeiras idades, ultrapassando raramente os trinta annos ; o cancro é uma massa mais ou menos molle, friavel, tendendo a ulcerar-se, diffusa nos bordos: o polypo é um tumor duro, resistente, perfeitamente limitado ; o cancro se caracterisa por engurgitamento ganglionario e dôres lancinantes, o polypo apresenta ausencia d'estes phenomenos; o cancro marcha rapidamente e rapidamente produz a cachexia, o polypo marcha lentamente e lentamente se resente d'elle o organismo.

O laryngoscopio presta relevantes serviços, como aconteceu em um caso citado por Postel.

Não deve o medico desprezar, por serem necessarias ao seu ulterior procedimento, as circumstancias de volume, de implantação, de adherencias e de prolongamentos do tumor nas diversas cavidades da extremidade cephalica.

Empregando uma sonda, ou introduzindo um dedo nas fossas nasaes e outro no pharynge, póde-se verificar o volume do polypo, bem como a sua implantação e adherencias.

As deformações do rosto, as perturbações funccionaes particulares, como sejão nevralgias ou paralysias dos nervos dentario,

auriculo-temporal, lingual, etc., são os caracteres pelos quaes se póde diagnosticar a direcção dos prolongamentos do tumor.

O ophthalmoscopio póde prestar relevantes serviços ao diagnostico; segundo De Gandt, a atrophia da papilla, revelada por este instrumento, indica sempre compressão das raizes dos nervos opticos.

Diz Michaux que a pressão das paredes adelgaçadas da orbita e repellidas sobre o cerebro determina phenomenos do mesmo genero, e que, pois, elles não são signaes pathognomonicos.

Entretanto, as perturbações da visão e os phenomenos de compressão cerebral devem fazer acreditar na existencia de prolongamentos encephalicos do polypo, e devem ter grande influencia no procedimento do cirurgião, por quanto nos casos de perfuração dos ossos da base do craneo, a morte é, por assim dizer, fatal, e o tratamento deve ser puramente palliativo.

VI

Prognostico

On ne vit pas vieux avec de semblables tumeurs.
(Nélaton).

Os polypos naso-pharyngeanos são uma molestia grave e tanto mais grave quanto mais frequentes são as hemorrhagias, porquanto, esgotando as forças vitaes, produzem a morte.

A infecção putrida é outro accidente que póde sobrevir, dependente do corrimento sanioso que, originando-se no tumor, vai cahir nas vias digestivas e produz um envenenamento; a morte é o termo fatal de semelhante complicação.

Os numerosos prolongamentos, que o polypo póde enviar a todas as cavidades da extremidade cephalica, são uma outra circumstancia que, tolhendo a acção cirurgica, vai ter fatalmente á morte. A impossibilidade da alimentação, a asphyxia lenta conduzem o doente ao tumulo.

A curabilidade d'esta affecção é tanto menos provavel, quanto mais longe está a molestia de seu periodo inicial.

O Sr. Legouest diz que os polypos que se desenvolvem nos individuos de trinta annos, pouco mais ou menos, ficam estacionarios durante algum tempo, mas depois ulceram-se, gangrenam e eliminam-se espontaneamente. Esta terminação é excessivamente rara.

Um outro facto que accresce na gravidade do prognostico é a nimia facilidade com que os polypos naso-pharyngeanos se reproduzem.

A proposito da frequente reincidencia d'estes tumores, o Dr. Bautrel, citado por Sédillot, refere em sua these a observação de um doente inefficazmente operado vinte e cinco vezes, por Dupuytren.

O prognostico é, em consequencia do que fica dito, muito grave; eu diria mesmo fatal, si a operação não tivesse obtido frequentes curas.

VII

Tratamento

> La médecine guérit quelquefois,
> soulage souvent, console toujours.
> (CASTAN).

Toda therapeutica interna é absolutamente improficua no tratamento dos polypos naso-pharyngeanos. A acção cirurgica deve, pois, intervir directamente e o mais breve possivel. Por differentes methodos póde o cirurgião emprehender o tratamento d'esta terrivel molestia : os methodos ou operações simples e os methodos compostos ou operações complexas.

Os methodos simples consistem em uma só operação praticada directamente sobre o polypo com o fim de o destruir ; os methodos compostos comprehendem muitas operações, umas com o fim de preparar ao operador um accesso franco ao polypo, outras com o fim de o destruir.

Destruido o polypo por qualquer dos methodos, o cirurgião deve emprehender o tratamento consecutivo, com o fim de obstar tanto quanto possivel a reincidencia do mal.

Finalmente, lançará mão da prothese cirurgica, sempre que esta fôr necessaria.

METHODOS SIMPLES

Estes methodos, outr'ora tão preconisados (com excepção da electrolyse e da ruginação, que são modernas), estão hoje quasi de todo votados ao esquecimento.

São os seguintes : a exsiccação, a cauterisação, a compressão, a excisão, o arrancamento, o dilaceramento, o trituramento, a ligadura, o esmagamento, o sedenho, a ruginação e a electrolyse.

Exsiccação

É do dominio dos mais antigos cirurgiões. Consiste na applicação de pós ou soluções adstringentes sobre o polypo, com o fim de desecca-lo, diminuir-lhe o volume ou conserva-lo estacionario.

E um meio, diz o Sr. Follin, cuja inutilidade nunca foi desmentida.

Cauterisação

Era tambem dos antigos, de Hippocrates, de Paulo d'Egina, e no tempo de Ambrosio Paré não se usava de outro methodo. Empregava-se o cauterio actual, protegendo as partes circumvizinhas com uma canula metallica; tambem se empregava os diversos causticos: nitrato de prata, nitrato acido de mercurio, chlorureto de antimonio, potassa caustica, elleboro negro em pó, caustico de Vienna solidificado, etc. Falhava muitas vezes este meio nas mãos dos antigos, porque, desconhecendo o modo de implantação do polypo, a cauterisação era por elles feita ao acaso. Os multiplices inconvenientes, que resultam muitas vezes do uso d'estes agentes, levaram os cirurgiões a limitar muito o seu emprego. A dôr, a difficuldade de circumscripção dos causticos, a diuturnidade do tratamento são circumstancias que, entre outras, desabonam sufficientemente este methodo.

Entretanto, tem elle uma vantagem, e é não dar lugar a hemorrhagias. Não devendo ser adoptada a cauterisação como methodo geral, deve todavia não ser banida em certas condições especiaes, principalmente como tratamento consecutivo.

Compressão

Bem póde ser que em 1807 Lamauve (de Rouen) tivesse justos motivos para gaba-la. Hoje, porém, este methodo, que tem em vista

a atrophia do tumor, deve ser completamente rejeitado. Certamente, ou o polypo é volumoso, e n'este caso a compressão, si conseguir o seu fim, será muito lenta e penosa, havendo sempre reincidencia a temer; ou o polypo é pequeno, e então as operações radicaes offerecem incontestavel superioridade.

Excisão

Os antigos cirurgões se serviam para esta operação da espatula cortante de Celso. Os instrumentos preferidos mais tarde foram bisturis e tesouras. Wathely, cirurgião inglez, usava de um bisturi abotoado, que apresentava na extremidade um orificio, destinado a receber um cordel. Movimentos de tracção praticados alternativamente sobre este, pelo nariz, sobre aquelle, pela bocca, faziam cahir o tumor. Porém a excisão, sem uma operação preliminar, é difficilima, e para que este methodo fosse hoje olvidado bastava attender-se á reproducção certa e quiçá mais ostentosa do polypo, si não fossem bastantes as hemorrhagias muitas vezes incoerciveis, a que elle dava lugar.

Arrancamento

Poucos são os casos em que este methodo póde, na actualidade, ser racional, porquanto só quando o polypo tiver sua implantação pharyngeana muita circumscripta e houver ausencia de prolongamentos será elle praticavel. Foi executado por Hippocrates com um laço de corda de tripa; com certas pinças por Fabricio d'Acquapendente; por Achilles Bonne (de Nîmes) com uma especie de unha metallica adaptada a um annel. Outros cirurgiões distinctos, como Jean-Louis Petit, Ledran, Garengeot, etc., tambem lançaram mão d'este meio.

Dilaceramento.

O cirurgião servia-se, para este methodo, de um fio nodoso, que, introduzido pelo nariz e retirado pela bocca do doente, recebia movimentos de elevação e de abaixamento successivos, e assim determinava a dilaceração do polypo. Comprehende-se que, além de ser doloroso, este meio não podia offerecer condições de segurança para a cura da affecção, pois, não podendo ser completamente destruida a inserção do tumor, este devia reproduzir-se. Aguardava a este methodo o mesmo destino que tiveram tantos outros: o esquecimento mais ou menos completo.

Trituramento.

Este methodo, devido a Velpeau, está geralmente abandonado, porque apresenta os inconvenientes do dilaceramento e expõe o doente á infecção putrida.

Na verdade o polypo soffre, pelo trituramento, uma tenaz compressão exercida por pinças energicas, e deve cahir em parte por esphacelamento.

Ligadura.

Foi inventado este methodo no seculo XIII, por Guillaume de Salicet. Consiste em levar um laço constrictor á base de implantação do polypo, e, como isto é nimiamente difficil, foram imaginados diversos instrumentos, para conseguir este desideratum. Assim, teve emprego a sonda de Belloc; a dupla canula de Levret — semelhante aos serra-noz — é um instrumento que a isso se destinava; os porta-alças de Hatin, de Rigaud e de Leroy (d'Etiolles) serviram de importantes auxiliares para aquelle fim.

Porém, a ligadura é uma operação incompleta, insufficiente e

perigosa : incompleta, porque o pediculo do tumor quasi nunca é totalmente abraçado e constricto; insufficiente, porque a reproducção se manifesta; perigosa, porque a introducção dos instrumentos conductores do fio póde dar lugar a hemorrhagias; além d'isto, porque a dôr é intensissima ; ainda porque o traumatismo póde ter consequencias graves, e porque, emfim, o doente não está isento da septicemia.

Esmagamento.

É praticado com o polypotribo do Sr. Péan. Semelhante a uma forte pinça, este instrumento comprime energicamente entre seus bordos a base do polypo. A secção do tumor é feita por uma lamina dentada, que, estando occulta em um dos ramos do instrumento, é posta em jogo por um mecanismo especial. O estrangulamento linear e a secção a golpes de serra obtidos por este instrumento são condições que favorecem a hemostase. Ás vezes, porém, offerece este methodo grandes difficuldades praticas.

Sedenho.

Outr'ora usava-se tambem atravessar a base do polypo com um sedenho. Em face dos resultados pouco proveitosos que se tem colhido dos meios precedentemente enumerados —enunciar este—é reconhecer a justiça de seu geral abandono nos hodiernos tempos.

Ruginação.

Em 1865, Borelli e depois Alphonse Guérin preconisaram este meio, que é praticado com uma rugina introduzida pelo nariz, a qual, guiada pelo indicador esquerdo collocado atraz do véo do paladar, é levada á inserção polyposa e sobre ella actúa. Si em geral é verdade que o periosteo doente se destaca do osso com

facilidade, o periosteo que dá nascimento aos polypos naso-pharyngeanos não está n'este caso. Este e outros motivos fazem acreditar que só excepcionalmente offerecerá vantagem a ruginação.

Electrolyse.

O Dr. Ciniselli, de Cremona, desenvolvendo, em 1860, a theoria physico-chimica da electrolyse, fez vêr o proveitoso recurso que este meio prestaria ao pratico ; e o eminente professor Nélaton, prevendo-o, introduziu mais este agente cirurgico na serie dos methodos simples de tratamento dos polypos naso-pharyngeanos. Incontestaveis vantagens recommendam altamente o galvano-caustico, e taes são : a temperatura gradualmente ascendente ou uniforme e constante ; a producção de calor irradiante em menor quantidade do que o cauterio actual ; a possibilidade de ser manejado com maior facilidade — comparativamente.

É um poderoso meio e que deveria ser experimentado em muitos e frequentes casos.

Apezar das censuras de Verneuil, na pratica não tem sido proscripto; e si é um meio que não goza de elevado conceito no tratamento radical dos polypos naso-pharyngeanos, tem, todavia, offerecido muitos successos a Dolbeau e a Guyon.

* *

Tenho enumerado os methodos simples, e, d'entre tantas operações, não se encontra uma após cujo emprego possa o cirurgião ter para si a convicção inabalavel de uma cura.

Obices insuperaveis se oppõem frequentemente ao accesso dos methodos simples ao polypo.

Si embaraços assim devessem tolher a acção cirurgica, um sentimento pungente de extrema inopia scientifica viria confrangir ao medico seu coração humanitario.

Mas, si elle ergue para o céo a fronte altaneira, o que lhe importam os espinhos e as urzes do chão?

Scintilla sempre uma risonha esperança onde merencoria morreu uma crença.

Eis porque os methodos compostos, cuja idéa já vem dos tempos de Hippocrates, surgiram ovantes na arena cirurgica.

*
* *

METHODOS COMPOSTOS.

Estes methodos comprehendem dois tempos. No primeiro, chamado de operações preliminares, o cirurgião procura um accesso franco á base do polypo; no segundo, chamado de operações fundamentaes, procura o cirurgião destruir o polypo.

Os differentes processos de operação preliminares se acham grupados em quatro methodos, do modo seguinte:

METHODOS.	PROCESSOS.
Buccal ou palatino	Incisão do véo do paladar (Manne). Incisão do véo do paladar e resecção da abobada palatina (Nélaton). Perfuração da abobada palatina. (A. Richard).
Jugal ou facial	Ablação do maxillar superior em totalidade. (Syme, etc.). Resecção do maxillar superior. (Alph. Guérin, etc.). Resecção temporaria do maxillar superior. (Huguier, Langenbeck, Bœckel.) Ablação temporaria do maxillar superior. (Jules Roux).
Nazal	De Chassaignac. De Eugenio Desprez. De Langenbeck. De Bœckel. De Lawrence. De Ollier. De Legouest. De Verneuil.
Orbitario	Perfuração do osso unguis. (Rampolla de Palermo).

Vou passar em revista estes varios methodos e estudar o modo de praticar os respectivos processos, segundo seus diversos autores.

METHODO BUCCAL OU PALATINO.

Este methodo tem por fim a destruição do polypo atravez de uma abertura praticada no véo do paladar ou na abobada palatina. Seus principaes processos são tres: o de Manne, o de Nélaton e o de Adolpho Richard.

Processo de Manne.

Foi Manne (d'Avignon) o primeiro que, em 1717, teve a idéa de fender o véo do paladar para attingir o polypo. Elle operava do seguinte modo:

Uma vez assentado o doente e voltado para um lugar claro, com a cabeça um pouco inclinada para a parte posterior e com a bocca tão aberta quanto possivel, Manne insinuava um bisturi ao lado da uvula entre o septo membranoso e o tumor, e então incisava verticalmente o véo do paladar até a origem dos ossos palatinos.

Posteriormente, foi o processo de Manne praticado por muitos cirurgiões distinctos, desde Jean-Louis Petit até Adelmann, em 1844.

Varias modificações foram ulteriormente trazidas a este processo.

Assim, em 1834, Dieffenbach perforava em certa extensão a abobada palatina respeitando o véo do paladar; e, em 1859, Maisonneuve poupava o bordo posterior do véo do paladar em vez de seccional-o, e a estas operações deram o nome de casa palatina (*boutonnière palatine*). Este processo foi usado tambem por Foucher.

Raros, porém, são os casos em que a casa palatina pode bastar; as mais das vezes ella é um processo insufficiente, e o operador é coagido a prolongar sua incizão destruindo a integridade do bordo que havia poupado.

Processo de Nélaton.

Em 1848, Nélaton offereceu ao mundo scientifico o seu processo, tambem baseado na ideia de Manne. Procedia assim: Assentado o

doente, tendo a cabeça na extensão e a bocca sufficientemente aberta, o cirurgião tomava o véo do paladar com uma pinça e seccionava-o em toda a extensão mediana (comprehendendo a luetta) com um bisturi, prolongando a incizão pela abobada palatina até dois centimetros, pouco mais ou menos, dos incizivos e penetrando eté os ossos. Da extremidade anterior d'esta incizão longitudinal fazia partir, para um e outro lado, uma outra incizão transversal, perpendicular á primeira, dirigindo-a depois um pouco para traz e terminando-a para dentro da arcada dentaria. As incisões, pela sua reunião, representavam um T. Dissecava, a partir da linha mediana, a membrana palatina com o periosteo que adhere a esta mucosa.

Chegado á parte posterior, seccionava a folha posterior do véo do paladar que se continúa com a membrana mucosa de Schneider, a qual reveste o soalho das fossas nasaes. D'este modo podia continuar, para traz, o descollamento na extensão desejada.

De cada lado ficava, pois, um retalho cuja parte posterior é formada por uma metade do véo do paladar, sendo a anterior constituida por uma porção quadrilatera da membrana que reveste a abobada palatina. Voltados para fóra, estes retalhos deixavam no seu intervallo, a abobada palatina ossea a descoberto.

A um centimetro da linha mediana fazia de cada lado, com um perfurador, um orificio destinado a ser ponto de apoio da pinça de Liston, que devia seccionar a abobada palatina ossea. Os fragmentos osseos não devem ser retirados violentamente, porquanto despedaçar-se-hia a membrana fibro-mucosa do soalho das fossas nazaes que adhere á parte superior dos fragmentos e que deve ser poupada.

O processo de Nélaton merece alguns encomios, assim como é passivel de algumas censuras. Elle apresenta as vantagens de ser relativamente facil de praticar-se,—de não deixar deformidade apparente,—de convir todas as vezes que o polypo apresentar pequeno volume; resente-se, porém, das desvantagens—de offerecer pouco espaço ao operador nos casos de polypos muito volumosos,—de

deixar uma perda de substancia, que faz communicar a bocca com as fossas nazaes.

Botrel modifica ligeiramente o processo de Nélaton, propondo a integridade do bordo inferior do véo do paladar. Elle acredita que d'este modo a operação complementar da staphylorrhaphia será mais simples, mais facil e mais segura.

Com effeito, si a reunião se conserva ao nivel do ponto de sutura inferior, isto é bastante para assegurar a reunião ulterior e successiva dos outros pontos.

Processo de A. Richard.

Adolpho Richard aconselha que se pratique uma incisão na membrana mucosa palatina, sem interessar o véo do paladar; que se disseque os dois retalhos e que, segundo a necessidade do momento, se faça a resecção de uma parte maior ou menor da abobada palatina. Feito isto, elle manda raspar a porção do polypo que se apresentar e sobre esse ponto fazer a applicação immediata de uma larga placa de massa caustica de Canquoin,—placa esta que encontra no véo do paladar um ponto de apoio sufficiente para que se mantenha na parte superior do pharynge.

Imperaram no espirito de A. Richard algumas razões, que lhe pareceram plausiveis e que o conduziram a modificar d'este modo o processo de Nélaton. Considerando, por um lado, que eram muito copiosas e mesmo algumas vezes fataes as hemorrhagias a que dava lugar a excisão do polypo; e considerando, por outro lado, que as cauterisações praticadas segundo o preceito de Nélaton eram pouco energicas, si é que conseguiam destruir o tumor em seu ponto de inserção, A. Richard substitue os meios cauterisadores de Nélaton pela massa caustica de Canquoin.

A destruição completa da implantação polyposa é uma necessidade indeclinavel, pois só assim poderá o cirurgião acreditar

in bona fide que a repullulação do tumor não terá lugar; e **A.** Richard pensa satisfazer a esta necessidade palpitante e da qual não se póde prescindir.

Este meio, porém, raramente poderá ser empregado, porquanto, além de só poder ter applicação facil quando o polypo estiver situado na linha mediana, reclama (pertinaz) perseverança tenaz por parte do doente bem como por parte do cirurgião, por ser um processo de morosidade extrema.

Depois de curado o doente, os meios protheticos farão desapparecer os vestigios da operação.

METHODO JUGAL OU FACIAL.

Assim é chamado o methodo pelo qual o cirurgião procura praticar na face uma larga abertura para poder actuar sobre o polypo. Esta abertura não podia ser obtida senão por meio da ablação ou da resecção definitivas ou temporarias do maxillar superior. Os cirurgiões que primeiro tentaram esta *ultima ratio* cirurgica foram Syme, na Inglaterra, Michaux, na Belgica, Achilles Flaubert, em França.

O louvavel intento d'estes teve imitadores em Robert, Maisonneuve, Huguier, Verneuil e tantos outros que, conservando o principio do methodo, modificaram mais ou menos profundamente o seu *modus operandi*.

Ablação do maxillar superior.

A ablação do maxillar superior foi praticada pela primeira vez por Gensoul, cirurgião francez, em 1827, indicada por um tumor do seio maxillar. A primeira idéa de pô-la em pratica para abrir

um caminho á implantação de um polypo naso-pharyngeano pertence a Whately, cirurgião inglez.

O primeiro cirurgião, porém, que se aproveitou da idéa de Whately e executou a ablação do maxillar superior para extrahir um polypo naso-pharyngeano foi Syme (de Edimburgo), em 1832, e não, como outros querem, Flaubert (de Rouen), que a primeira vez que a praticou foi em 1840. A. Robert vulgarisava em França esta operação ao tempo em que o illustre cirurgião de Lovaina, Michaux, a vulgarisava na Belgica, recorrendo a ella oito vezes com pleno triumpho.

Processo de Gensoul.

Este cirurgião fazia uma incisão vertical, que, partindo do angulo interno do olho, vinha terminar no labio superior; do meio d'esta primeira incisão fazia partir uma outra, transversal, que se terminava a um centimetro adiante do lobulo da orelha; emfim, uma terceira incisão, começada junto do angulo externo da orbita, cahia verticalmente sobre a segunda. Assim obtinha Gensoul dous retalhos, dos quaes um era levantado para a fronte e o outro era voltado para baixo e para traz, para o angulo da mandibula.

As arcadas orbitaria externa e a zygomatica são n'este processo seccionadas com a serra de cadeia introduzida pela fenda espheno-maxillar; a apophyse montante é igualmente seccionada; a apophyse palatina do maxillar é tambem separada da sua congenere. O osso é apenas mantido pelas apophyses pterygoide e orbitaria do palatino. Todas as partes molles adherentes ás superficies osseas são incisadas e o véo do paladar é cuidadosamente separado. Seccionado o nervo maxillar superior, faz-se oscillar o osso de detraz para diante. A ferida reune-se por pontos de sutura.

Este processo tem o inconveniente de dividir perto de seu ponto

de emergencia muitos ramos do nervo facial, e deixa cicatrizes disformes.

O processo de Gensoul está hoje geralmente abandonado.

Processo de Velpeau.

Assentado o doente, tendo a cabeça fixada ao peito de um ajudante, pratica-se uma incisão ligeiramente convexa para baixo e para traz, a qual, partindo da commissura do labio, vai ter ao meio do osso malar. Obtem-se d'este modo um retalho superior, que por seu levantamento permitte cortar o nervo sub-orbitario, que dá a sensibilidade a uma grande parte da pelle da face.

Destaca-se a narina da apophyse montante do maxillar; atravessa-se com um trocater a parede interna da orbita e com uma serra de cadeia passada por esta abertura secciona-se a apophyse montante ; levantado o olho cuidadosamente do soalho inferior da orbita, passa-se, por meio de uma agulha de Astley Cooper, uma serra de cadeia pela fenda espheno-maxillar, secciona-se a apophyse malar. A ultima união é a apophyse palatina que é seccionada indifferentemente com a serra da cadeia ou com a pinça de Liston.

É necessario seccionar com um bisturi a fibro-mucosa que reveste a face buccal, antes de seccionar o osso. O véo do paladar é separado do maxillar por uma incisão transversal.

Tomando o osso com uma forte pinça, o cirurgião o agita de cima para baixo e de traz para diante. N'este momento o apice da apophyse pterygoide, que adhere ao maxillar, é fracturado e nada mais se oppõe á extirpação do osso.

*
* *

Como Velpeau, — Syme, Regnoli, Lisfranc, Heyfelder, Langenbeck praticaram uma só incisão lateral externa, partindo de um ponto da arcada zygomatica mais ou menos proximo do angulo

externo do olho, e dirigida obliquamente até á commissura do labio. N'este processo o canal de Sténon e numerosos ramos do nervo facial são cortados, inconveniente que póde ser evitado approximando a incizão da linha mediana e tornando-a obliqua de cima para baixo e de fóra para dentro, como o fizeram Lisfranc, Liston e Maisonneuve ; porém o afastamento dos retalhos é mais difficil. Á primeira incisão accrescentou Liston uma outra transversal externa em direcção ao temporal, e Maisonneuve uma incisão interna que do angulo interno do olho ia ao meio da primeira.

Dieffenbach, Bauchet, Maisonneuve, Nélaton, Huguier dividiram o nariz e o labio superior na linha mediana ou um pouco para fóra, e continuando esta primeira incisão para o angulo interno do olho e por debaixo da palpebra dissecaram e voltaram para fóra e para atraz o grande retalho de fórma quadrilatera, comprehendendo toda a metade da face.

Os traços physionomicos não são muito compromettidos, porém difficilmente se attinge a articulação jugo-maxillar.

Syme e Maisonneuve fizeram uma outra incisão externa partindo da commissura labial.

Si fôr necessaria a ablação dos dous maxillares, repete-se no outro lado o que se fez no primeiro.

Resecção do maxillar superior.

Muitos cirurgiões distinctos propuzeram e praticaram a resecção do maxillar superior, em maior ou menor extensão. Quem primeiro a praticou, como operação preliminar do methodo de que me occupo, foi Michaux.

O processo de Alphonse Guérin, por meio do qual é poupado o soalho da orbita, é o seguinte :

Na parte superior da aza do nariz faz-se uma incisão, ligeiramente convexa para traz, que segue o sulco naso-labial e vai ter

á commissura do labio. Os dous retalhos resultantes d'esta incisão são dissecados até que a narina fique largamente a descoberto e a apophyse malar completamente denudada.

Por meio de uma pequena serra, esta apophyse é seccionada de cima para baixo e um pouco de dentro para fóra.

O véo do paladar é destacado do bordo posterior do osso palatino, por meio de uma incisão transversal, feita ao nivel do ultimo dente grande molar ; extrahe-se um incizivo, e a porção horizontal do maxillar é cortada de diante para traz com a pinça de Liston, que é applicada por um de seus bordos cortantes na bocca e pelo outro na narina. Resta apenas reunir a secção de apophyse malar á narina, o que se faz com a pinça de Liston, interceptando a continuidade do osso n'este ponto.

Então o operador, com uma pinça, toma o maxillar assim circumscripto e retira-o com facilidade, fracturando a apophyse pterygoide, que é sempre acompanhada por fibras do musculo pterygoidiano interno, que n'esse ponto se insere.

A abertura resultante d'esta resecção é sufficiente para que se possa actuar convenientemente sobre o polypo. As partes do maxillar, que são poupadas por este processo, são uma condição favoravel ao estado ulterior do doente. Tem sido este processo empregado com resultados assaz lisongeiros, quer para o cirurgião, quer para o doente.

Nélaton, Richet e Ollier, praticando a resecção da parte inferior do maxillar, têm conservado a porção do bordo alveolar que sustenta os incisivos, e Bauchet conservou, além d'estes, o canino.

Resecção temporaria.

Com o intuito de evitar os inconvenientes peculiares á ablação e á resecção do maxillar, tem-se recorrido a certas operações, que

nada mais são do que resecções, nas quaes os ossos, incompletamente destacados, são recollocados depois da extracção do polypo.

A primeira idéa d'esta operação pertence a Huguier, que reseccou a parte inferior do maxillar.

Langenbeck e Bœckel fizerão a resecção temporaria da parte superior do mesmo osso.

Processo de Huguier.

Aberta largamente a bocca, depois de fixada a cabeça do doente, o cirurgião pratíca na base do véo do paladar uma casa transversal; depois, por meio da sonda de Belloc, faz-se passar pela fossa nazal e por essa casa um fio, destinado a fazer tracções, no decurso da operação, sobre o maxillar. Em seguida, pratíca uma incisão, que, partindo da commissura labial vai ao bordo anterior do masseter, e depois uma outra, que, partindo do angulo interno do olho, desce verticalmente contorneando a aza do nariz e dividindo o labio superior na linha mediana. Este retalho triangular, depois de dissecado cuidadosamente, é voltado para fóra.

Continuando, a porção vertical do maxillar e do palatino é dividida por um golpe de serra, que, começando acima da tuberosidade maxillar, vai ter acima do soalho da fossa nasal. Então é luxado o primeiro incisivo e pratica-se um golpe de serra, de diante para traz, sobre a abobada palatina, ao lado do septo nazal. A base da apophyse pterygoide é seccionada com a pinça de Liston, e assim é interrompida toda a continuidade ossea da parte inferior do maxillar. Tracções exercidas sobre uma pinça e sobre o fio de que fallei conduzem para baixo e para fóra a parte do osso que fôra destacada.

Depois da operação fundamental, o osso é recollocado e contido convenientemente e as partes molles mantidas por pontos de sutura.

Processo de Langenbeck.

Este cirurgião fez duas incisões, que se reuniam em angulo ao nivel da arcada zygomatica. Uma, partindo da base da aza do nariz, dirigia-se horizontalmente para fóra, depois obliquamente para cima e para fóra; outra, partindo do nivel do sacco lacrymal, circumdava o bordo inferior da orbita e reunia-se á primeira. As partes molles ficaram adherentes ao osso, o masseter foi destacado em sua inserção inferior e o maxillar superior foi dividido na direcção da incisão inferior. Depois, a arcada zygomatica, a apophyse frontal do malar e o soalho da orbita foram seccionados. Foi levantado o retalho osteo-cutaneo, e, depois da operação fundamental, foi reapplicado e mantido por pontos de sutura e por ataduras compressivas.

Processo de Bœckel.

Procura este cirurgião constituir um retalho quadrilatero de base externa, por meio de tres incisões: parte uma do sacco lacrymal e vai á base da narina; parte a segunda d'onde termina a primeira e dirige-se horizontalmente para fóra até o masseter; a terceira vai do meio do malar, circumda o bordo inferior da orbita e reune-se á incisão vertical. Atravez do unguis introduz a serra de cadêa e secciona a apophyse montante do maxillar. A parede antero-externa do seio maxillar é dividida por uma pequena serra que passa pela narina. Então é introduzida pela fenda spheno-maxillar a serra de cadêa, que vem sahir pelo angulo inferior da ferida e permitte seccionar o malar. O soalho da orbita é cortado com a pinça de Liston, e o retalho osteo-cutaneo é levantado. Como nos outros processos do mesmo genero, é reapplicado o retalho e mantido da melhor maneira, depois da operação fundamental que o cirurgião julga necessario empregar.

Ablação temporaria.

A ablação temporaria do maxillar superior foi proposta por Julio Roux (de Toulon). O seu processo abrange cinco tempos:

1° tempo. *Divisão da articulação fronto-jugal.*—Incisão transversal de um centimetro por diante da apophyse orbitaria externa. A articulação fronto-jugal é dividida com a serra de cadêa.

2° tempo. *Divisão da articulação temporo-jugal.*—Incisão vertical de um centimetro sobre a apophyse zygomatica; secção da articulação temporo-jugal com a serra de cadêa.

3° tempo. *Divisão da articulação orbito-nazal inferior.*—Incisão partindo do angulo interno e inferior da orbita, seguindo o sulco nazo-geniano, contorneando a aza do nariz e dividindo o labio superior na linha mediana. Secção com a pinça de Liston da base da apophyse montante do maxillar e da divisão interna da orbita, ao nivel do angulo inferior d'esta cavidade.

4° tempo. *Divisão da articulação pterygo-maxillar.*—Secção da articulação pterygo-maxillar (partes molles e duras) por meio da pinça de Liston, tendo o seu gume applicado por detraz do ultimo dente, no angulo reintrante formado pelo encontro do esphenoide, do maxillar superior e do palatino.

5° tempo. *Divisão da articulação inter-maxillar*—Incisão transversal destacando metade do véo do paladar e a porção correspondente da abobada palatina; avulsão do primeiro dente incisivo superior do mesmo lado; secção, com a serra de cadêa, da abobada palatina ao lado do raphe mediano. Na solução de continuidade da abobada palatina introduz-se, fechada, uma pinça solida; abre-se-a lentamente e afasta-se com facilidade os dous maxillares.

O maxillar destacado e adherente ás partes molles, que o revestem, é levado obliquamente para cima e para fóra a repousar

sobre a fossa temporal, de modo a não exercer sobre o olho nenhuma compressão.

Quando assim não se tem uma abertura sufficientemente larga, Julio Roux aconselha reseccar o apice da apophyse pterygoide, e, em caso necessario, afastar o outro maxillar.

Estes quatro ultimos processos têm recebido impropriamente o nome de processos osteo-plasticos.

METHODO NAZAL.

Por este methodo o cirurgião chega á inserção polyposa atravez do nariz. Comprehende diversos processos. Tendo já sido outr'ora praticado por Hippocrates, o foi modernamente por cirurgiões muito notaveis, taes como: Dupuytren, Dieffenbach, Chassaignac, Eugenio Desprez, Langenbeck, Bœckel, Lawrence, Ollier, Legouest, Bruns, Denucé e Verneuil.

Os processos de todos estes autores assemelhão-se muito e só descreverei os mais notaveis.

Processo de Chassaignac.

Collocado o cirurgião por diante do doente, que deve estar assentado, em um lugar claro, tendo a cabeça sustentada por um ajudante, pratíca uma incisão transversal de uma á outra orbita; de uma das extremidades d'esta incisão elle faz partir uma outra, que desce um pouco obliquamente até ao nivel do orificio inferior da narina; ahi chegada, esta incisão torna-se horizontal, passando por debaixo das narinas. Fica o nariz assim inscripto em um retalho quadrilatero, que apenas por um lado prende á face. Por largas e rapidas incisões são separados os tecidos cutaneo e cartilaginoso que constituem o envoltorio externo e uma parte do esqueleto nazal. Então é voltado o retalho

nazal sobre a face. Por meio de um perfurador, o cirurgião pratíca uma abertura que vai de uma á outra orbita, e, introduzindo por esta abertura a serra de cadeia, secciona os pontos de união do nariz com o frontal. Para retirar esta abobada ossea externa do nariz, de cada extremidade da abertura praticada faz o cirurgião partir uma secção obliqua, que de cada lado vae reunir-se ao bordo do orificio cordiforme das fossas nazaes.

Tem-se d'este modo uma abertura larga e sufficientemente espaçosa para attingir todos os pontos das abobadas nazal e pharyngeana.

Introduzindo a canula do esmagador na cavidade nazal e deixando cahir a cadêa d'este instrumento no fundo do pharynge, o cirurgião a toma com dous dedos introduzidos pela bocca, faz com ella uma alça, que, repellida para a base do polypo, a circumscreve. O esmagador entra depois em acção.

Processo de E. Desprez.

O operador inciza profundamente o sulco nazo-labial e o nazogeniano, dirigindo depois a incizão para o bordo anterior do maxillar superior, até o osso proprio do nariz do lado correspondente.

A parte lateral do nariz, assim destacada, é levantada por um ajudante. O cirurgião secciona depois o septo nazal em sua união com o labio superior, e continúa esta secção, destacando a cartilagem triangular do nariz da espinha nazal anterior e da crista que lhe faz continuação na extensão de um centimetro.

O vomer é seccionado inferiormente em toda sua extensão por meio da pinça de Liston, cujos ramos são introduzidos parallelamente ao soalho das fossas nazaes, e superiormente com o mesmo instrumento desde o nivel dos ossos proprios do nariz até a apophyse

basilar. O bordo anterior do maxillar é resecado na extensão de um a um e meio centimetro, por meio de uma pequena serra.

O labio externo da ferida lateral é destacado com o periosteo.

Processo de Langenbeck.

Uma incizão, partindo do meio da base do nariz até o lado externo da aza do mesmo orgão, permitte dissecar a pelle, respeitando o periosteo.

Por meio da pinça de Liston, Langenbeck corta os ossos proprios do nariz até á espinha nazal do frontal ; depois, por uma incizão transversal, corta a base da apophyse orbitaria do maxillar. Luxa os ossos para cima por meio de um elevador introduzido na fossa nazal e levantado por diante da fronte. Os ossos luxados, que ficam adherentes por um retalho de pollegada, periostico de um lado, mucoso de outro, são recollocados, e a incizão da pelle é reunida por pontos de sutura.

Processo de Bœckel.

Faz-se uma incizão transversal sobre o dôrso do nariz, de um ao outro sacco lacrymal, immediatamente por debaixo do tendão do orbicular; de uma das extremidades da primeira, parte uma segunda incizão, que desce pelo sulco nazo-geniano até á aza do nariz ; e uma terceira incizão separa o septo em sua união com o labio. Passa-se um trocater atravez do nariz, de um ao outro sacco lacrymal e pelo trajecto do trocater faz-se passar uma serra de cadêa, a qual secciona os ossos do nariz no sentido da primeira incizão. Secciona-se depois os ossos no sentido da incizão vertical. Corta-se, finalmente, o septo das fossas nazaes na parte mais posterior possivel. Volta-se o retalho para o lado opposto, fracturando a apophyse montante d'este lado em sua base. Extrahe-se ainda as cornetas e o resto do septo.

Depois da extracção do polypo, o cirurgião reapplica o nariz, que é mantido por pontos de sutura, e que não se deprime em razão da porção do septo que é poupada.

Este processo differe do de Chassaignac sómente em que os ossos divididos ficam adherentes ás partes molles e são reapplicados com ellas.

Processo de Lawrence.

Lawrence empregou um processo do mesmo genero; é o seguinte:

Duas incizões partem do lado interno dos saccos lacrymaes, dividem os tegumentos de um e outro lado do nariz e terminam no ponto de juncção das azas do nariz com o labio superior. Secciona-se as apophyses montantes do maxillar, os ossos proprios do nariz e o septo nazal. O nariz é voltado para a fronte e depois dá extracção do polypo é reapplicado.

Processo de Ollier.

Este cirurgião fez uma incizão em fórma de ferradura, incizão que, partindo do ponto superior da aza do nariz, dirigia-se para cima até o ponto mais elevado da raiz; ahi tornava-se horizontal e descia do lado opposto por trajecto igual até o ponto congenere.

Seccionados os ossos, o nariz é voltado para baixo. Para haver mais espaço, o septo é repellido com o dedo, e, em caso de necessidade, pratica-se uma incizão antero posterior. Depois da operação fundamental, o nariz é levantado e fixado convenientemente.

Estes processos tambem têm recebido o nome do osteo-plasticos. Além dos que menciono, outros ha, que nada mais são do que ligeiras modificações de um ou de outro dos que ficam expostos.

Quando o polypo é proeminente nas fossas nazaes e se implanta na abobada pharyngeana, o methodo nazal póde ser util.

METHODO ORBITARIO.

O trajecto que por este methodo percorrem os instrumentos cirurgicos é diverso dos precedentes, e tem por ponto de partida a gotteira lacrymal.

Os autores deram a este methodo o nome de orbitario, não sei si com muita propriedade.

Rampolla (de Palermo) propoz um processo, que já antes tinha sido executado por Palasciano (de Napoles), a quem cabe, é justo, a gloria de sua invenção. Não tem sido, porém, muitas vezes, posto em pratica semelhante processo ; assim, Robin Massé diz que apenas lhe consta ter sido praticada esta operação quatro vezes cujo resultado, em verdade pouco animador, foi o seguinte : 2 reincidencias (Palasciano), 1 morte (Rampolla) e 1 phleimão do olho (Valétte, de Lyon).

Processo de Palasciano e Rampolla.

O operador pratíca uma incizão de dous a tres centimetros, por dentro da inserção tendinosa do orbicular, sobre o bordo anterior da gotteira lacrymal. Começando verticalmente um pouco acima do tendão, a incizão inclina-se para fóra, seguindo o bordo da gotteira, de tal modo que apresenta uma concavidade para cima e para fóra.

O periosteo da apophyse montante do maxillar é separado com a rugina, o tendão directo do orbicular é descollado e todas estas partes são levadas para o lado externo pelo operador, emquanto um ajudante leva para o lado interno o labio interno da ferida. O osso unguis é perfurado com um trocater curvo, ao nivel

da gotteira lacrymal; penetrado o trocater no meato superior das fossas nazaes, faz-se-o proseguir até que, com a convexidade para cima, elle chegue ao bordo inferior do véo do paladar; então, volta-se-o de modo que a convexidade olhe para baixo e para diante. Retira-se o puncção e substitue-se-o na canula por uma vela, tendo em sua extremidade anterior uma alça de fio. Logo que a vela apparece por de traz do véo do paladar, toma-se-a com uma pinça e retira-se-a pela bocca com um dos chefes do fio; o outro chefe sahe pela outra extremidade da canula e é fixado na fronte por um ajudante. Conservando o fio em seu lugar, retira-se a canula. O chefe frontal do fio é ligado á parte media da cadêa do esmagador contida na canula, que se introduz no pharynge como se introduziu o trocater. Quando a canula chega a esta cavidade volta-se-a do mesmo modo; depois, fazendo tracções sobre o fio, faz-se sahir a cadêa, que se applica ao redor do polypo. Si o polypo é de consideravel volume e si offerece diversas adherencias, introduz-se no pharynge dous fios, um por dentro, outro por fóra do polypo. Á extremidade buccal de cada um d'estes fios liga-se uma extremidade da cadêa; fazendo tracções sobre o fio frontal, consegue-se abraçar o polypo com a cadêa metallica, que então será applicada á canula. Fazendo funccionar o instrumento, o esmagamento operar-se-ha.

Descriptas as operações preliminares que têm sido empregadas para o tratamento radical dos polypos nazo-pharyngeanos, eu não entrarei em considerações detidas a respeito das operações fundamentaes.

Estas têm por fim destruir o polypo e evitar o mais possivel a sua reproducção. Pois bem: n'este intento podem e devem ser empregadas algumas das operações do methodo simples, e principalmente a excizão, o arrancamento, o esmagamento linear e os diversos meios de cauterisação.

VIII

Epilogo.

> Liberam profiteor medicinam nec a veteribus sum nec a novis, utrosque ubicumque veritatem colunt, sequor.
>
> (BAGLIVI.)

Depois do estudo minucioso e attento que fiz da molestia polypos nazo-pharyngeanos, tão novel na pratica, quão novel na sciencia, tenho por verdadeiras as seguintes illações, que deduzo:

Anatomo-pathologicamente considerados, os polypos nazo-pharyngeanos são tumores de estructura ordinariamente fibrosa, pouco vasculares, procedentes da hypertrophia do periosteo. Occupando simultaneamente as cavidades nazal e pharyngeana, elles se inserem em pontos varios, sendo os mais frequentes a base da apophyse basilar do occipital e a porção basilar do esphenoide. Não repugna, porém, a possibilidade de inserção em pontos differentes e variados.

A sua etiologia é obscura. O desenvolvimento d'estes tumores póde ser devido a causas irritativas locaes ou depender de causas diathesicas, o que ainda é controvertido e muito pouco averiguado na actualidade de nossos conhecimentos. Como causa predisponente, têm grande importancia n'esta molestia o sexo masculino e a idade comprehendida dos 15 aos 22 annos.

O quadro symptomatico d'esta molestia offerece: corysa, cephalalgia, epistaxis, difficuldade de respiração e de deglutição, por embaraço mecanico, alteração da voz, nauseas, vomitos, nevralgias diversas, perturbações nos sentidos, phenomenos de compressão

cerebral; si o polypo penetra no interior do craneo, afastamento das peças osseas, na phase de deformação.

O diagnostico é quasi sempre facil, podendo, entretanto, haver confusão com outras producções. Esta confusão, porém, não é muito frequente, pois ha meios de distinguir sufficientemente umas de outras, e o pratico experimentado raramente se deixará illudir.

O prognostico de tão terriveis parasytas é gravissimo, sendo não poucas vezes fatal.

Quanto ao tratamento, entendo que, nos casos em que o doente tem a felicidade de consultar a sciencia em uma épocha em que sua implacavel molestia ainda é recente, o cirurgião tem dever, antes de emprehender qualquer operação preliminar mais ou menos grave, de tentar *alguns* dos processos do methodo simples. Si, porém, a molestia não tiver tendencia ao desapparecimento, e, pelo contrario, ameaçar proseguir em sua marcha invasora e deleteria, então não haverá recurso: emprehenda-se uma operação preliminar. O conhecimento prévio da inserção polyposa, que o cirurgião deve, com empenho, investigar, o determinará na escolha d'este ou d'aquelle methodo, segundo a maior somma de probabilidades a favor. Assim, recorrerá ao methodo palatino, e d'este ao processo de Nélaton, todas as vezes que reconhecer pequeno volume no polypo, com inserção mais ou menos proxima da linha mediana. Recorrerá ao methodo facial e d'este á resecção do maxillar, todas as vezes que o volume consideravel do polypo exigir um largo espaço para a acção cirurgica.

Recorrerá ao méthodo nazal e d'este ao processo de Chassaignac, por exemplo, quando, por assim dizer, seja este o caminho directo a sorprender o polypo em sua morada.

Creio que rarissimas vezes deverá o cirurgião recorrer ao methodo orbitario: 1°, porque os outros methodos são sufficientes; 2°, porque o methodo orbitario não conta em seu favor nenhum exito feliz.

O que digo é, de resto, confirmado pelas observações clinicas que existem em larga cópia consignadas na sciencia, e que não transcrevo, justamente porque já estão no dominio d'ella.

Eu desejára apresentar algumas observações nacionaes; porém não as tenho, nem m'as puderam fornecer alguns praticos distinctos a quem recorri.

Em ultima analyse, o cirurgião não deve contar em absoluto, cegamente, com o brilhante resultado de sua operação ; antes deve não olvidar a verdade de Horacio :

« *Vitæ summa brevis spem nos vetat inchoare longam.* »

PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

SECÇÃO ACCESSORIA

Respiração vegetal

CADEIRA DE BOTANICA

I

Assim como os animaes, exercem os vegetaes a grande funcção da respiração.

II

Não ha funcção sem orgão que a exerça; os orgãos da respiração vegetal são principalmente as folhas.

III

A respiração vegetal consiste na permuta de gazes feita entre o vegetal e o ar atmospherico.

IV

A presença ou ausencia da luz solar não é um facto indifferente á respiração vegetal.

V

O vegetal, em presença da luz directa, absorve e assimila o acido carbonico do ar atmospherico e desprende o oxygeneo.

VI

A ausencia da luz natural dá lugar a um phenomeno precisamente inverso: o vegetal fixa o oxygeneo e ha desprendimento de acido carbonico.

VII

A acção do ar atmospherico sobre a seiva não elaborada é de natureza a torna-la propria á nutrição da planta.

VIII

A ausencia diuturna da luz solar, difficultando, senão annullando a fixação do acido carbonico, produz o estiolamento da planta; da mesma maneira porque as más condições hygienicas produzem no homem a dyscrasia sanguinea, a anemia globular; até o descoramento externo, em um e outro caso, parece confirmar a analogia.

IX

A permuta de gazes nos orgãos corados da planta é diversa da dos orgãos verdes; fixam oxygeneo e desprendem acido carbonico, em presença ou ausencia dos raios luminosos.

X

Este facto é notavel nas flôres e n'estas é mais frizante nos orgãos sexuaes.

XI

O modo de respiração das flôres, subtrahindo ao ar o seu oxygeneo e substituindo-o pelo acido carbonico, explica a viciação rapida do ambiente, em cujo meio ellas se acham.

XII

É de tal importancia para a vida da planta a respiração pelas folhas, em presença da luz solar, que a quéda ou a subtracção das folhas determina uma stase da vida vegetal.

TERCEIRO PONTO

SECÇÃO CIRURGICA

Indicações do forceps e da versão podalica

CADEIRA DE PARTOS

I

Em geral o forceps e a versão encontram indicações sempre que ha necessidade da prompta terminação do parto, afim de fazer cessar accidentes, que, sobrevindo durante o trabalho, ameaçam sériamente a saude ou a vida da mulher ou do féto.

II

Podendo o parteiro optar pelo forceps ou pela versão, dará preferencia a esta, por ser mais prompta, todas as vezes que alguns minutos de mais possam acarretar graves inconvenientes para a mulher ou para o feto.

III

Para que a versão podalica seja praticavel, duas condições são necessarias: 1ª que o collo esteja dilatado ou seja dilatavel ; 2ª que a parte que se apresenta não tenha ainda transposto o orificio do collo.

IV

O escoamento do liquido amniotico é uma condição muito desfavoravel ás manobras da versão podalica.

V

Si, depois da ruptura das membranas, o utero se contrahe espasmodicamente sobre o corpo do feto, as manobras da versão pelviana tornam-se extremamente difficeis, senão impossiveis; n'estes casos a operação é quasi sempre fatal, em virtude das rupturas uterinas.

VI

A desproporção entre a cabeça do feto e os diametros da bacia da mulher, quer pelo volume exagerado d'aquella, quer por estreiteza d'esta, é uma contra-indicação formal da versão podalica; nos casos, porém, de bacia obliquo-ovalar, a versão é perfeitamente indicada.

VII

As apresentações de tronco reclamam sempre a versão podalica; n'estes casos nunca se deve esperar a evolução espontanea, que mui raramente se faz.

VIII

Para o emprego do forceps tres condições são necessarias: 1ª, que a dilatação do collo comporte a introducção das colheres; 2ª, que haja ruptura do bolso de aguas; 3ª, que a bacia tenha pelo menos oito centimetros em seu menor diametro.

IX

A insinuação da cabeça no estreito superior é uma condição muito favoravel, porém não indispensavel, para o emprego do forceps.

X

A demora da cabeça na escavação, quer pela resistencia das partes molles, quer pela stenóse do estreito inferior, quer pelo volume exagerado que ella tenha, reclama sempre o emprego do forceps.

XI

Nos partos naturaes pela extremidade pelviana ou depois da versão podalica, a retenção da cabeça na excavação exige o emprego do forceps, desde que o obstaculo não póde ser removido por meio dos dedos. Si a extensão da cabeça se tem feito acima do estreito superior, o emprego do forceps é muito difficil, senão impossivel.

XII

As apresentações e posições viciosas de craneo reclamam o emprego do forceps, sempre que os esforços da natureza se tornam insufficientes para corrigi-las.

QUARTO PONTO

SECÇÃO MEDICA

Diagnostico differencial entre as molestias do estomago

CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA

I

A dôr terebrante nas proximidades do appendice xiphoide, espontanea ou provocada pela pressão ou pela ingestão de alimentos, irradiando-se muitas vezes para um ponto do rachis, é um signal de grande valor para o diagnostico da ulcera simples do estomago.

II

A hematemese franca e prematura é um symptoma muito frequente na ulcera simples, e algumas vezes é o unico pelo qual se póde distingui-la da gastralgia.

III

A febre exclue geralmente a existencia de uma gastralgia.

IV

A intermittencia das dôres epigastricas, suas remissões pela ingestão de alimentos fazem pender o juizo do medico antes para uma gastralgia do que para uma gastrite chronica.

V

Si, pelo estado geral do doente, não se deve acreditar na existencia de molestia diathesica, e, entretanto, elle expelle pelo vomito toda e qualquer substancia ingerida, póde acreditar-se na existencia de uma gastralgia.

VI

Os vomitos de substancia negra, sobrevindo tardiamente em um individuo soffrendo de molestia gastrica, fazem crer que esta seja um cancro.

VII

A cachexia, as dôres surdas e profundas do epigastro e principalmente a existencia de tumor são dados que levam quasi sempre o medico ao diagnostico de um cancro.

VIII

Um estado dyspeptico, sendo seguido de mudança nos habitos do doente, póde fazer crer em um carcinoma do estomago.

IX

A lienteria é um symptoma pelo qual se póde algumas vezes diagnosticar uma dyspepsia, em caso de duvida entre esta molestia e um cancro.

X

Os vomitos pituitosos matutitos são um symptoma importante para o diagnostico de um catarrho gastrico chronico ligado ao alcoolismo.

XI

Os vomitos dos liquidos ingeridos, quaesquer que sejão, um estado febril pronunciado, abatimento profundo, dôres no epigastro espontaneas ou provocadas indicam uma gastrite phlegmonosa.

XII

Uma dôr atroz no epigastro, na bocca e pharynge, colicas horriveis, retracção das paredes do ventre, vomitos sanguinolentos subitamente desenvolvidos fazem estabelecer o diagnostico de uma gastrite toxica.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum fallax, judicium difficile. (*Sect. I*, *Aph. I.*)

II

Vulneri convultio superveniens, lethale. (*Sect. V*, *Aph. II.*)

III

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisitè optima. (*Sect. I*, *Aph. VI.*)

IV

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. (*Sect. VIII*, *Aph. VI.*)

V

Sanguine multo effuso, convultio aut singultus superveniens, malum. (*Sect. V*, *Aph. III.*)

VI

Ubi somnus delirium sedat, bonum. (*Sect. II*, *Aph. II.*)

Esta these está conforme os Estatutos. — Rio de Janeiro, 7 de Outubro de 1875.

Dr. Caetano de Almeida.
Dr. João Damasceno Peçanha da Silva.
Dr. Kossuth Vinelli.